

Meritan

1908.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N^o 24

DE

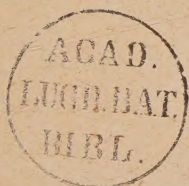
L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 29 janvier 1908



PAR

Jean MÉRITAN

Né à Marseille, le 21 décembre 1880

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. FORGUE (*), *président*.
ESTOR, *professeur*.

MM. SOUBEIRAN, *agrégé*.
RICHE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

J. MÉRITAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. MÉRITAN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ACQUAVIVA

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE MARSEILLE

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

J. MÉRITAN.

A M. LE DOCTEUR ACHILLE PERRIN

J. MÉRITAN.

Avant de quitter nos Maîtres de l'Ecole et des Hôpitaux de Marseille, qui nous ont prodigué leur enseignement et leurs conseils, nous tenons à leur exprimer le témoignage de notre reconnaissance.

Messieurs les Professeurs Villeneuve, Delanglade et Boinet, auprès desquels nous avons rempli les fonctions d'externe ont un droit tout particulier à nos remerciements.

Monsieur le docteur Acquaviva, chirurgien des Hôpitaux de Marseille, chef des travaux pratiques d'anatomie à l'Ecole de Médecine, dont la sollicitude ne nous fit jamais défaut, fut pour nous un excellent guide pour parfaire nos études médicales. Au terme même de ces dernières, il a bien voulu nous prodiguer ses excellents conseils pour l'élaboration du travail qui fait l'objet de notre thèse inaugurale. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur Forgue nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il daigne recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous n'oublierons pas non plus nos excellents camarades, surtout ceux qui dans les moments pénibles nous ont montré leur affection. Au moment de les quitter, nous leur adressons un cordial souvenir et le témoignage de notre amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

INTRODUCTION

L'ostéomyélite de la hanche, et nous entendons par là aussi bien les lésions de l'acetabulum que celle de l'extrémité supérieure du fémur, présente une allure clinique particulière qui la distingue de l'ostéomyélite des autres articulations.

Nous remarquons tout d'abord, en jetant les yeux sur les nombreuses statistiques concernant cette affection, sa plus grande fréquence chez les garçons. La raison en est très probablement qu'ils sont plus turbulents et, par conséquent, plus sujets que les petites filles à se donner des coups qui localisent la lésion et qui peut-être la provoquent en créant un point de moindre résistance.

D'après la situation profonde de l'articulation de la hanche, enfouie, pour ainsi dire, sous des masses musculaires considérables, on peut a priori même prévoir les difficultés que l'on a lorsqu'on est appelé à faire l'examen

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

INTRODUCTION

L'ostéomyélite de la hanche, et nous entendons par là aussi bien les lésions de l'acetabulum que celle de l'extrémité supérieure du fémur, présente une allure clinique particulière qui la distingue de l'ostéomyélite des autres articulations.

Nous remarquons tout d'abord, en jetant les yeux sur les nombreuses statistiques concernant cette affection, sa plus grande fréquence chez les garçons. La raison en est très probablement qu'ils sont plus turbulents et, par conséquent, plus sujets que les petites filles à se donner des coups qui localisent la lésion et qui peut-être la provoquent en créant un point de moindre résistance.

D'après la situation profonde de l'articulation de la hanche, enfouie, pour ainsi dire, sous des masses musculaires considérables, on peut a priori même prévoir les difficultés que l'on a lorsqu'on est appelé à faire l'examen

clinique de cette région. En second lieu, la marche de cette affection est particulièrement grave. Il suffit de faire quelques recherches sur la terminaison d'un certain nombre de cas, pour être frappé de la gravité du pronostic quoad vitam. Cela tient non seulement aux considérations anatomiques que nous venons de signaler et qui rendent le diagnostic précoce très difficile, mais aussi aux formes cliniques que revêt quelquefois cette maladie.

Ce qui caractérise certaines de ces formes, c'est la prédominance d'un ou plusieurs symptômes généraux qui peuvent lui donner l'apparence d'une maladie générale ; à tel point que le médecin pourra laisser passer inaperçus des phénomènes locaux très importants, qui le mettraient sur la voie du diagnostic.

Au point de vue de ces formes cliniques, on en a décrit beaucoup, mais elles sont loin d'avoir toutes la même importance.

La plus grave de toutes, et qui, malheureusement, nous sommes obligé de le dire, ne nous arrêtera que fort peu, est l'ostéomyélite de la hanche à forme suraiguë. Dans ces cas, les phénomènes généraux sont les seuls que l'on constate. Le malade est frappé subitement. La température s'élève aussitôt d'une façon considérable, les traits sont tirés, l'aspect typhique, l'adynamie est profonde. C'est une forme foudroyante où l'on ne peut rien ; car le malade est emporté très rapidement et la mort peut survenir en 24 ou 36 heures. Ce sont des formes au-dessus des ressources de l'art. Le pronostic est fatal.

Dans la forme aiguë, le début est brusque aussi. On constate des phénomènes généraux : frissons, fièvre, anorexie. L'enfant se plaint très rapidement de souffrir de la jambe et l'attention du médecin est attirée presque dès le début vers la hanche malade. La guérison survient

quelquefois, mais, d'après nos recherches, ce n'est que grâce à un diagnostic précoce et à une intervention prompte et suffisante. Malgré cela, sans avoir un pronostic fatal comme dans la forme précédente, l'ostéomyélite aiguë de la hanche n'en reste pas moins très grave. Guyot, dans un travail paru dans la *Revue de chirurgie* de 1904, a relevé 32 décès sur 54 observations.

La troisième forme se présente avec des symptômes très atténués, d'allure bénigne. C'est la fièvre de croissance ou congestion épiphysaire de croissance (Broca, Delanglade et Barbarin). Cette affection se présente avec les symptômes d'une arthrite de la hanche, à début brusque et fébrile. On songe quelquefois à une arthrite rhumatismale ou à une coxo-tuberculose à début aigu ; mais nous verrons plus loin les moyens d'éliminer ces dernières maladies.

Il existe enfin une forme chronique d'emblée, se traduisant par de la douleur et du gonflement. Mais l'état général reste bon. La terminaison se fait soit par suppuration, soit par guérison avec hypérostose et attitudes vicieuses. Mais quelquefois, rarement il est vrai, la douleur et le gonflement n'existent même pas, et le premier symptôme peut être une fracture spontanée. Ce qui d'ailleurs peut contribuer à égarer le diagnostic.

Au point de vue bactériologique, on ne peut nier non plus l'influence de la nature microbienne sur le pronostic. La plus grave de toutes est l'ostéomyélite à staphylocoque doré. La plus bénigne est celle due au pneumocoque.

De ces considérations, il ressort que l'ostéomyélite de la hanche est une affection très grave à pronostic le plus souvent fatal. Il importe donc d'étudier les moyens propres à atténuer dans la plus large mesure possible cette gravité. C'est ce qui va être l'objet de ce travail.

D'après nos études, la diminution de la gravité de cette affection est basée sur la précocité du diagnostic, qui permet d'intervenir le plus tôt possible. Mais cette intervention, pour être efficace, ne doit être ni timide, ni insuffisante. C'est ce que nous allons essayer de démontrer. Pour cela, deux chapitres nous seront nécessaires : un premier, où nous traiterons du diagnostic et plus particulièrement du diagnostic différentiel, et un second, où nous nous occuperons du traitement,

DIAGNOSTIC

L'ostéomyélite aiguë de la hanche débute brusquement, avons nous dit. Il est à remarquer que l'on trouve toujours un traumatisme dans les commémoratifs. C'est lui qui paraît localiser l'infection. Nous l'avons retrouvé dans toutes nos observations, sauf une due à l'obligeance de M. le docteur Acquaviva. Mais dans ce cas, l'enfant faisait de la bicyclette, il est probable que l'abus de ce sport, en faisant produire un surcroît de travail à l'articulation, a joué ici le rôle de traumatisme. Avant de donner les éléments du diagnostic différentiel, nous allons dire quelques mots des symptômes, puis nous étudierons les autres affections susceptibles de revêtir une apparence clinique analogue. Ensuite, après avoir étudié les moyens de distinguer l'ostéomyélite de ces dernières maladies, nous tâcherons de montrer comment on peut éliminer les ostéomyélites des os du bassin, afin de pouvoir déceler parmi tous les symptômes ceux qui sont plus particuliers à l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur et de la cavité cotyloïde.

On doit distinguer deux ordres de symptômes : les symptômes généraux et les symptômes locaux,

Symptômes Généraux — Très souvent, surtout

chez les enfants, ils l'emportent sur les phénomènes locaux au point qu'ils prennent l'allure d'une maladie générale fébrile. Ce qui les caractérise, ce sont : les frissons, la fièvre, la prostration. Peu de temps après le début, le malade se plaint de la cuisse. La prostration est moins grande, la sensibilité du sujet plus vive.

Symptômes Locaux. — Nous les diviserons en symptômes subjectifs et en symptômes objectifs.

SYMPTOMES SUBJECTIFS : Douleur et Impotence.

A. *Douleur.* — Elle est spontanée et s'irradie quelquefois dans le genou (gonalgie). Le malade se plaint d'une façon constante, mais elle est exagérée par la pression et le mouvement. Il y a trois points où la douleur est particulièrement exagérée par la pression : à la base du triangle de Scarpa, au niveau du grand trochanter et en dedans des adducteurs.

B. *Impotence.* — Au début, elle est sous la dépendance de la douleur. Le malade immobilise son membre afin de moins souffrir. Plus tard la gêne est constituée par la destruction ou plutôt par les modifications pathologiques des parties constitutives de l'articulation.

SYMPTOMES OBJECTIFS. — Tous les auteurs s'accordent pour décrire une attitude spéciale, vicieuse, que Guyot décrit ainsi : « Elle est caractérisée par une position fixe de flexion de la cuisse sur l'abdomen avec abduction qui peut être légère, ou au contraire, très prononcée et qui s'accompagne dans ce cas de rotation externe manifeste, le membre reposant en entier sur le plan du lit par sa face externe. » Cette description est exacte, mais c'est

une attitude finale, ou tout au moins d'état. Elle n'existe pas au début et par conséquent ne pourra pas nous servir pour un diagnostic précoce.

La tuméfaction, au niveau de la racine de la cuisse, est très précoce dans le cas d'ostéomyélite. Le membre peut prendre des formes caractéristiques suivant la localisation de cet œdème. Nous citerons la forme « en gigot » et « en baril ».

Lannelongue a insisté particulièrement sur la circulation veineuse superficielle. Mais, cette circulation complémentaire ne se produit que lorsque la circulation profonde est gênée. Mais alors la tuméfaction de la cuisse est déjà considérable et, comme elle est très précoce, on a déjà pensé au diagnostic avant de voir apparaître cette circulation veineuse superficielle.

L'empâtement profond est un signe des plus certains. Il vaut mieux examiner son malade sous chloroforme à cause de la douleur. C'est au niveau du triangle de Scarpa qu'on le perçoit le mieux. Quelquefois, il se termine sans transition aucune, d'une façon brusque, à la partie inférieure et donne au palper la sensation d'un bourrelet que Chassaignac a décrit sous le nom de bourrelet annulaire.

L'adénite inguinale a été signalée, mais ce n'est pas un phénomène constant. Quant à la fluctuation nous ne ferons que la citer, car son apparition est très tardive et ne peut nous intéresser pour faire un diagnostic précoce.

En résumé, nous serons autorisé à penser à une ostéomyélite de la hanche, toutes les fois que nous serons en présence d'un malade, enfant ou adolescent, qui, après avoir reçu un coup quelques jours auparavant dans cette région, présentera un état fébrile plus ou moins marqué (nous avons vu que la fièvre peut manquer) avec douleur spontanée dans la cuisse pouvant s'irradier en particulier

dans le genou. Cette douleur est arrivée par les mouvements volontaires et provoqués, en particulier lorsqu'on percute certains points (base du triangle de Scarpa, grand trochanter et en dedans des adducteurs). Cette douleur oblige le malade à immobiliser son membre quelquefois en flexion. Au palper, nous constaterons de l'empatement profond que l'anesthésie chloroformique nous permettra de mieux percevoir en insensibilisant le malade. Tels sont les signes qui permettent à eux seuls de penser à une ostéomyélite de la hanche.

Mais il ne suffit pas d'être autorisé à y penser, il faut poser le diagnostic d'une façon plus précise afin de pouvoir en tirer une indication. Pour cela, un diagnostic différentiel s'impose. Il nous faut donc rechercher les moyens qui nous permettent d'éliminer successivement toutes les affections capables de simuler, par certains côtés, la maladie dont nous nous occupons.

Il nous faudra tout d'abord tenir compte de l'âge. Par exemple, si nous avons affaire à un nourrisson, il est certain qu'une arthrite aiguë de la hanche a beaucoup de chances d'être une ostéomyélite, nous n'aurons pas à éliminer le rhumatisme articulaire puisque cette affection n'apparaît guère avant l'âge de 14 ou 15 ans. Quant à l'arthrite gonococcique, nous n'y penserons qu'en cas où nous constaterions en même temps l'existence d'une ophtalmie purulente ou d'une uréthrite suspecte. Il n'y aura guère qu'une arthrite aiguë secondaire à une fièvre éruptive qui pourrait nous donner le change. Mais les commémoratifs nous éclaireront sur ce point.

D'une manière générale, c'est avec la fièvre typhoïde, la coxalgie et le rhumatisme articulaire aigu qu'il nous faudra faire le diagnostic différentiel. C'est avec ces trois affections que se font les confusions les plus fréquentes,

ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant nos observations.

Il existe une coxalgie tuberculeuse à début aigu et fébrile, mais elle est rare. En tout cas, les phénomènes sont beaucoup moins marqués que dans l'ostéomyélite. Le phénomène de la gonalgie, qui existe dans les deux affections, peut prêter à la confusion. La plupart des ostéomyélites de la hanche à forme chronique d'emblée sont considérées au début comme des coxalgies. Dans une de nos observations, le fait s'est produit d'une façon manifeste. Un bon moyen de distinguer ces deux maladies est de rechercher l'influence du repos. Le coxalgique immobilisé verra les douleurs se calmer, elles persistent au contraire dans l'ostéomyélite. La température du coxalgique disparaîtra, elle se maintiendra dans le second cas. Nous trouverons aussi des différences manifestes dans l'aspect extérieur du membre. Dans la tuberculose, l'atrophie des muscles pelvitrochantériens se produit bientôt ; dans l'ostéomyélite, il y a, au contraire, augmentation de la racine de la cuisse. Les ganglions inguinaux sont beaucoup plus fréquents dans la coxalgie que dans l'ostéomyélite. Malgré cela le diagnostic différentiel est quelquefois bien difficile à faire.

Dans les formes à phénomènes généraux très marqués, il nous faudra éliminer la fièvre typhoïde. Dans ces cas, la prostration est extrême, le malade est incapable de réagir, si bien que les lésions locales passent inaperçues.

La fièvre typhoïde n'a pas un début aussi brusque. Certains symptômes, tels que l'épistaxis, l'état de la langue, les gargouillements et la douleur de la fosse iliaque droite nous aideront pour le diagnostic. Le séro-diagnostic nous viendra aussi en aide. Nous ne parlons pas des taches rosées qui n'apparaissent qu'au

deuxième septenaire, c'est-à dire trop tard pour nous éclairer d'une façon précoce. Et si l'on vient à constater des signes locaux du côté de la hanche, il ne faudra pas les confondre avec une arthrite d'origine éberthienne. Cette complication dans la fièvre typhoïde apparaît longtemps après l'état aigu, pendant la convalescence.

Lorsqu'on est en présence d'un malade au dessus de 14 ans, on est en droit de penser à un rhumatisme articulaire aigu. En tout cas, il faudra se rappeler que, dans ce cas, le début est moins brusque, moins solennel. Le rhumatisme se manifeste d'abord par des localisations polyarticulaires et la localisation à la hanche est une rareté.

La monoarthrite gonococcique se localise le plus souvent au genou. Chez l'enfant elle est très rare.

Nous allons nous occuper des affections dont la confusion est moins fréquente avec l'ostéomyélite de la hanche.

Le phlegmon diffus peut, dans certains cas, présenter des phénomènes généraux aussi intenses que dans l'ostéomyélite ; malgré cela, les signes locaux peuvent se différencier. La douleur est plus superficielle, l'empatement moins profond. Les mouvements de la hanche peuvent provoquer de la douleur, mais il n'existe jamais une impotence fonctionnelle comme dans le cas d'ostéomyélite. Sous le chloroforme, on constatera la conservation des mouvements de l'articulation.

Les abcès pelviens et la psoïtis ont pu, quelquefois, en imposer pour une ostéomyélite de la hanche. Mais à la suite d'un examen méticuleux et méthodique, nous constaterons, dans le premier cas, que la tuméfaction a son point de départ dans la fosse iliaque, et, dans le second,

que la douleur siège et se propage vers la région sacro-iliaque et la colonne vertébrale.

Avant de passer au traitement, il nous faut dire quelques mots du diagnostic de la localisation de l'ostéomyélite. Au début de ce travail, nous avons dit que nous entendions par ostéomyélite de la hanche, aussi bien l'ostéomyélite de la cavité cotyloïde que celle de l'extrémité supérieure du fémur. Nous avons ensuite, après les symptômes, décrit les maladies pouvant simuler l'ostéomyélite. Mais cela ne nous suffit pas. Les lésions de cette affection peuvent se localiser dans des régions situées autour de l'articulation coxofémorale sans qu'il existe pour cela une ostéomyélite de la hanche proprement dite. Il nous faut donc rechercher les signes qui nous les feront distinguer. C'est à cela que nous allons consacrer la dernière partie de ce chapitre.

Dans l'ostéomyélite de l'ischion, nous constaterons tout d'abord l'absence des points douloureux précis que nous avons indiqués. Le gonflement est plus externe et s'étend très peu du côté de la diaphyse fémorale. Enfin, le chloroforme nous permettra de constater la conservation des mouvements de l'articulation. Lorsque le pubis est atteint, la douleur est surtout localisée dans le pli inguino-crural. C'est là aussi que siège la tuméfaction qui peut soulever les vaisseaux fémoraux. Il existe fréquemment, dans ce cas, de l'œdème du scrotum ou des grandes lèvres.

L'ostéomyélite du grand trochanter peut aussi simuler la localisation à la hanche. Mais la douleur a son point maximum au niveau de la lésion. La fluctuation apparaît beaucoup plus tôt et vient lever tous les doutes.

Dans l'ostéomyélite de l'os iliaque, le siège de la dou-

leur est très élevé, et l'œdème remonte bien au dessus du pli inguino-crural.

Il est un dernier moyen dont nous n'avons pas encore parlé intentionnellement, car il peut s'appliquer à tous les cas : c'est la radiographie. Elle nous aidera dans le début même. En radiographiant les deux hanches à la fois et en les examinant comparativement, un œil exercé pourra déceler une augmentation de volume de la tête fémorale du côté présumé malade. Les contours de l'articulation seront moins nets que du côté sain. La différence d'opacité aux rayons nous aidera aussi. Tous ces signes, ajoutés à ceux dont nous avons parlé dans tout ce chapitre, nous donneront les moyens de ne pas commettre d'erreur.

TRAITEMENT

Deux choses dominant dans le traitement de l'ostéomyélite de la hanche : la nécessité d'ouvrir l'articulation et d'établir un drainage suffisant.

Mais tous les chirurgiens ne sont pas du même avis. Tandis que les uns se contentent simplement d'inciser les parties molles, d'autres préconisent la trépanation. Rochet et Chassaignac trouvent la trépanation insuffisante et indiquent la désarticulation coxo-fémorale comme devant donner les meilleurs résultats. Enfin, une dernière méthode, soutenue en particulier par le professeur Piéchaud, est celle de la résection systématique de l'extrémité supérieure du fémur.

L'incision simple est généralement insuffisante (1^{re} observ.). Il importe peu qu'on la fasse en avant (procédé de Lucke) ou en arrière (incision de Langenbeck). Dès l'instant qu'on n'ouvre pas la capsule articulaire, l'intervention ne peut donner aucun bon résultat. Guyot a recueilli 12 observations d'ostéomyélite de la hanche traitée par l'incision simple. Il y a eu 9 décès et 3 guérisons. Encore faut-il supprimer une de ces dernières qui n'était en réalité qu'une lésion du grand trochanter. « L'articulation de la cuisse », nous dit-il, « était libre, le trochanter était dénudé et l'abcès sous le périoste. » (Guyot, *Revue de Chirurgie*, 1904, obs. III.)

Le second procédé, la trépanation, ne nous a pas paru donner de meilleurs résultats. Cette opération est incapable de produire un drainage suffisant. Notre observation III, par exemple, nous montre très bien que la rétention peut se produire malgré la trépanation.

La méthode de Rochet et Chassaignac, nous paraît être un procédé trop grave et trop radical. Elle est d'ailleurs très rarement employée. Nous n'avons trouvé qu'une seule observation concernant le traitement de l'ostéomyélite de la hanche par la désarticulation. C'est une observation de Lannelongue, que Guyot nous résume dans la *Revue de Chirurgie* de 1904. Elle a d'ailleurs été suivie de mort.

La résection de la hanche donne de bien meilleurs résultats. Ollier a dit que la résection est la plus haute expression du drainage de la hanche. Or, c'est ce qu'il importe de faire dans le cas d'ostéomyélite. Certains auteurs ont accusé cette opération d'être meurtrière. Guyot, en particulier, dans ses nombreuses observations, en cite plusieurs cas et conclut en disant que la mortalité est beaucoup plus élevée lorsqu'on traite ces malades par la résection. Il ne nous paraît pas devoir tirer une pareille conclusion de son travail. Nous avons lu les 10 observations d'ostéomyélite de la hanche traitées par la résection que cet auteur nous a résumées : 7 se sont terminées par la guérison et 3 par décès. Nous reproduisons plus loin le résumé de ces 3 observations (observ. VII, VIII, IX). Dans la première, la malade est morte d'infection généralisée, on a constaté l'existence de plusieurs foyers secondaires, en particulier au coude gauche et à l'humérus droit. La résection de la hanche a été faite trop tard. La seconde a été prise par Poncet. D'après cet auteur lui-même, la malade est morte de septicémie. Quant à la

troisième, dont le sujet est un enfant de 2 semaines, on a constaté une ostéomyélite de la 6^e côte, un abcès du médiastin simulant une péricardite.

Il est donc bien manifeste que dans ces trois cas suivis de mort, l'opération ne peut pas être incriminée. Et si nous éliminons ces trois cas, il nous reste, sur 7 résections, 7 guérisons. Ce qui est un résultat inespéré. Certes nous ne voulons pas affirmer que l'on aura toujours pareil succès. Mais nous avons voulu démontrer, preuves en main, que la résection de la hanche n'est pas plus meurtrière qu'une autre opération.

Bien plus, c'est elle qui nous permettra d'obtenir la guérison dans les meilleures conditions si on la fait à temps et comme il faut.

On lui a reproché de laisser les malades ankylosés et boiteux. Ce n'est pas toujours exact, ainsi que le montre une observation de M. le docteur Acquaviva. Dans ce cas l'ankylose est si peu prononcée que le malade peut faire de la bicyclette. D'ailleurs la résection laisserait-elle le malade boiteux et complètement ankylosé que cela ne serait pas une raison pour ne pas faire une opération sans laquelle la vie du malade est en danger. Il vaut mieux risquer d'être boiteux que mourir.

Cette opération, pour être efficace, doit être faite le plus tôt possible, dès le début, aussitôt que le diagnostic est posé. Il ne faut pas hésiter à ouvrir les parties molles et à réséquer systématiquement la tête fémorale. Le procédé qu'il convient d'employer est celui indiqué par Farabeuf dans son traité. Il faudra s'en tenir à l'incision postérieure. Elle seule permettra au pus de s'écouler. M. le docteur Acquaviva, dans les 3 cas dont les observations sont citées à la fin de ce travail, a fait une incision très postérieure. Cette incision doit être très large et tout à fait en arrière

La plupart du temps on fera bien de faire un drainage par un tube de caoutchouc gros comme le pouce, lequel, partant du fond de la cavité articulaire, ira sortir en dedans presque contre la tubérosité ischiatique. Avec une longue pince à pansement on évite tout organe important. Par cette pratique on obtient un drainage suffisant d'emblée et on évitera ainsi des interventions secondaires auxquelles on serait obligé d'avoir recours si le drainage se faisait mal.

La tête fémorale une fois enlevée, la brèche est large et la cavité articulaire peut se vider en grande partie ; le fond pourtant ne pourra pas être évacué et le drain postérieur aura dans ce cas son utilité. De cette façon on assurera le drainage de l'articulation : le but sera atteint. Mais le résultat sera d'autant meilleur que l'opération aura été moins tardive. Aussi ne faut-il pas hésiter. C'est la conclusion que nous croyons devoir tirer de nos observations.

L'ostéomyélite est une maladie très grave. La chirurgie de cette affection ne doit pas être une chirurgie de timorés. Il ne faut pas d'atérmoiements capables de mettre en danger la vie des jeunes malades. Aussi la résection de la tête fémorale doit être faite d'une façon systématique, sinon on n'aura pas de drainage suffisant, et alors nous aurons ces longues suppurations avec formation de séquestres qui conduiront nos malades à la mort.

CONCLUSIONS

1. Nécessité d'un diagnostic précoce.
2. Dès que le diagnostic est posé, l'intervention est indiquée.
3. Cette intervention consiste dans la résection systématique de la tête fémorale et drainage postérieur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Dubreuil. Thèse Paris, 1905. Service de M. Kirmisson)

Marie V..., 7 ans et demi, ne présente rien de particulier dans les antécédents héréditaires. Elle est née à terme avec ophtalmie purulente. Commence à marcher à un an.

Il y a 3 ans, elle a eu une attaque d'épilepsie qui dura 2 heures et ne se reproduisit plus ; mais par contre elle est sujette depuis à des céphalées intenses qui ne seraient peut être que des crises d'épilepsie avortée. Il y a 3 semaines, à la suite d'un écoulement purulent de l'oreille, les céphalées augmentèrent considérablement. Le 9 novembre elle fut obligée de s'aliter, le 12 les parents s'aperçoivent seulement que le membre inférieur prend une mauvaise position ; la cuisse est repliée sur le bassin, la jambe sur la cuisse, l'enfant ne cesse de se plaindre de douleurs au niveau de la hanche. Elle est reçue d'urgence à l'hôpital Trousseau le 16 novembre 1899 dans le service du docteur Josias. Le diagnostic fut hésitant au début, puis on se décide à la passer dans le service du docteur Kirmisson le 19 novembre. L'état général est très médiocre, elle est déprimée, répond par monosyllabes

aux questions qu'on lui pose; les yeux sont fixés avec du strabisme convergent, la figure est pâle avec des pommettes fortement colorées; les lèvres et la langue sont sèches. La température est de 40°. L'enfant est couché sur le côté droit, la cuisse fléchie à angle aigu sur le bassin. Les douleurs sont tellement vives que l'examen est presque impossible. Cependant on arrive à localiser la douleur à la partie postérieure de l'articulation coxo-fémorale et le long de la diaphyse fémorale. La pression sur le grand trochanter est indolore. Les mouvements sont très limités. Le 20 novembre, sous le chloroforme, on ramène le membre en position normale et on place un appareil plâtré. Le 23, les douleurs n'ont pas cessé, la température oscille entre 39° et 40°. L'état général est médiocre. Le 24, le plâtre est enlevé et devient intolérable. On ne sent cependant aucune fluctuation, et on hésite encore à porter un diagnostic, quand le 4 décembre on constate la présence d'un volumineux abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse avec fluctuation très nette. Il est ponctionné le 6 décembre. 250 grammes de pus verdâtre, bien lié, contenant du streptocoque. Le 10, la température a baissé, mais l'état général reste toujours mauvais. Le 14, le pus s'étant reformé et remplissant la fosse iliaque droite et le tiers supérieur de la cuisse, une nouvelle ponction ramène un flot de pus verdâtre analogue à celui de la première ponction. Puis on pratique une incision longitudinale de 8 centimètres entre le tenseur du fascia lata jusqu'au fémur. La capsule fémorale est déchirée en avant, le col et la tête sont érodés, rugueux. La tête est réduite à l'état de moignon, mais n'est pas séparée du col; la cavité cotyloïde n'est pas perforée. Il s'écoule une quantité énorme de pus; on pratique une contre-incision au-dessus de la partie externe de l'arcade

de Fallope, ce qui permet d'évacuer une grosse collection de la fosse iliaque interne. La tête est séparée du col à la pince coupante. La cotyloïde perforée de bas en haut. Drainage en anse, lavage à l'eau bouillie, pansement, immobilisation en extension et abduction moyenne par une large attelle plâtrée. Le 17 décembre la plaie est en bon état, il s'est écoulé peu de pus. Le 9 janvier l'état général s'améliore, l'enfant engraisse, mais il persiste toujours du pus. Il se fait même de la rétention au mois d'avril, dans la masse des adducteurs nécessitant une nouvelle incision, au mois d'octobre, s'élimine un séquestre; puis l'enfant, dont l'état général est devenu très mauvais, meurt le 22 décembre.

OBSERVATION II

Dubreuil, Thèse Paris, 1905. Service de M. Kirrison

Marie G..., 12 ans 1/2, s'est heurtée à un mur il y a huit jours. Elle entre le 9 novembre 1900 à l'hôpital Trousseau, un samedi, et raconte que depuis le jeudi elle boite et souffre de la hanche gauche. Empatement du sommet de la fesse et de la partie supérieure de la cuisse, profond, sans fluctuation vraie; son siège fait penser à une ostéomyélite de la région trochantérienne. Le grand fessier est sectionné dans toute son épaisseur. Au moment où le bistouri incise la bourse séreuse sous-trochantérienne il en sort une petite quantité de sérosité trouble et odorante. Le périoste est incisé verticalement puis décollé à la rugine, on aperçoit très manifestement la ligne blanchâtre horizontale répondant au cartilage épiphysaire du grand trochanter. Au dessous de cette ligne l'os est violacé, congestionné, avec la tréline on fait deux

ponctions de l'intérieur de l'os, l'une au dessus, l'autre au dessous de la ligne épiphysaire. Elles donnent issue uniquement à du sang. Pas de trace de suppuration. Plaie touchée à l'acide phénique pur, laissée ouverte et pansée avec la gaze stérilisée.

Le lendemain matin, pas de changement. La température est à 40°. Le pouls, à 140. La langue est sèche. L'état tend à s'aggraver. La cuisse est en flexion légère. Les mouvements sont douloureux ainsi que la pression exercée à la partie antérieure de l'articulation.

On redonne du chloroforme et, sur la première incision, on en mène une seconde perpendiculaire en T. Le périoste est décollé à la rugine au niveau du grand trochanter et à la base du col, et se décolle très facilement en dedans mais on ne trouve pas de pus : il n'y a qu'une grande vascularisation de la tête et du col. On pratique des mouvements de flexion et de rotation interne. Dans ces mouvements on voit à deux reprises différentes un jet de sanie purulente s'écouler à travers l'articulation.

Dès lors on se décide à pratiquer la résection de la tête fémorale à la scie à la base du col en conservant le grand trochanter. La cavité cotyloïde et toute la plaie est touchée à l'acide phénique pur. Tamponnement à la gaze iodoformée. Pendant les jours qui suivent, la température reste toujours aux environs de 40° et le pouls à 140. Le 15 novembre, complication au niveau du genou, arthrite purulente nécessitant une arthrotomie ; ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia, puis surviennent de l'empâtement parotidien, des douleurs au niveau de l'acromion nécessitant une évacuation de pus, et la mort survient le 21 novembre.

OBSERVATION III

Dardenne, *in* Thèse Toulouse, 1894.

Il s'agit d'un nourrisson de 2 mois qui arrive dans le service de Saint-Germain, le 7 juin 1889, avec une énorme collection purulente de la cuisse gauche développée depuis douze jours.

Pas de maladie antérieure, pas de syphilis, pas d'éruption, fonctions digestives assez bonnes.

Actuellement, il est amaigri, il pèse le même poids qu'à sa naissance. Fièvre ; yeux ternes, excavés. La cuisse gauche est énorme, elle atteint trois fois le volume de la droite. Le gonflement s'étend de l'arcade crurale à deux travers de doigt au dessus du genou. La peau est lisse, tendue, parsemée de marbrures bleuâtres, œdème, fluctuation, douleurs provoquées ayant leur maximum à la partie supérieure du fémur. Les mouvements de l'articulation sont libres, deux ganglions inguinaux tuméfiés. Incision de 5 centimètres à la face externe du membre ; il s'écoule un quart de litre de pus verdâtre, énorme poche contournant le fémur, pas de décollement. Lavages, drainage. Le lendemain, la fièvre ne tombe pas. On trépane le fémur. Mort quatre jours après.

OBSERVATION IV

(Cœurderoy, *in* thèse Paris, 1900)

Antony C ..., 14 ans, entre salle Legendre, hôpital Trousseau, le 8 avril 1899.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, un frère et une sœur présentent tuberculose locale.

Antécédents personnels. — Les antécédents personnels sont mauvais. Faible constitution: rachitisme, céphalées fréquentes.

Il y a trois semaines, a présenté une éruption sur tout le corps pendant quatre ou cinq jours. Diagnostic : fièvre urticaire. 1^{er} avril, douleur dans rein et jambe droite. Cuisse droite tuméfiée. La fièvre est intense. Le médecin lui ordonne exercice et des frictions au baume tranquille. Depuis, le malade a maigri de jour en jour et a continué à avoir des symptômes généraux sérieux.

Entre à l'hôpital le 8 avril au matin. Le malade présente à l'examen une température de 38°. Le teint est jaunâtre et les yeux cernés. Le nez est pincé et il existe une prostration extrême. A l'examen du membre malade, on constate que la cuisse droite est fléchie légèrement sur le bassin ; il existe un gonflement de toute la partie supérieure de la cuisse prononcé surtout au-dessous du grand trochanter. Œdème des téguments, pas de rougeur de la peau. Circulation veineuse superficielle de la région crurale. La pression sur l'extrémité supérieure du fémur est douloureuse. Les douleurs spontanées, très marquées, s'exagèrent au moindre mouvement. L'impotence fonctionnelle est absolue. L'opération est faite immédiatement, incision externe de 10 centimètres à partir du grand trochanter. Le périoste apparaît, lardacé, verdâtre, assez semblable à une membrane fibrino-purulente. Il se détache facilement de l'os ; il s'écoule alors en haut un pus abondant : à peu près la contenance d'un grand verre à boire. Le doigt, introduit dans la plaie, permet de sentir la face antérieure du col et du grand trochanter, dénudée et rugueuse. On avance aisément jusqu'au bord de la tête fémorale et on pratique le grattage du col et du grand trochanter, dont la consistance est très friable. On évide

ainsi tout le col, dont il ne reste plus que la moitié inférieure à peine et le grand trochanter, dont il subsiste seulement une coque. Large drainage à la gaze iodoformée. La plaie est laissée largement béante. Malgré l'intervention, la température du malade est sensiblement à 38° les jours suivants ; le pouls est fréquent, mais le facies s'améliore légèrement. Les pansements consécutifs donnent issue à une grande quantité de pus. Le 13 avril, c'est-à-dire cinq jours après l'opération, la température tombe définitivement et l'état général est très satisfaisant. L'examen du pus démontre la présence du staphylocoque. Pendant tout le mois d'avril et le mois de mai, la suppuration reste toujours très abondante, mais la cicatrice tend à se fermer. Le 20 juin, on peut constater que la plaie, qui a bon aspect, n'a aucune tendance à se combler par le fond. Le stylet arrive sur les surfaces osseuses granuleuses ; il faut renouveler le pansement tous les jours, la suppuration étant toujours très abondante.

Le grand trochanter est élargi ; la pression est douloureuse sur le 1/4 supérieur du fémur dans toute son étendue ; les mouvements spontanés sont impossibles. Si l'on fait la flexion de la cuisse très douloureuse on obtient une crépitation osseuse nette. Le fémur quitte le cotyle et y rentre avec une grande facilité.

Le 26 juin, nouvelle intervention, agrandissement de l'incision, grattage du col fémoral et du trochanter qui donne de petits séquestres. Le doigt, introduit dans la plaie constate qu'il ne reste qu'une mince lame de la paroi externe du trochanter, toute la tête du fémur et 1 centimètre environ de la face postérieure du col.

Drainage et pansement à la gaze iodoformée. A partir de ce moment, les pansements faits régulièrement tous

les 3 jours permettent de voir que la guérison est lente et la suppuration toujours abondante. Juillet 1899: la plaie se comble enfin par le fond mais suppure toujours abondamment. Le doigt sent au fond de la plaie de grosses masses granuleuses: 2 drains mis le jour de l'intervention persistent difficilement. L'enfant sort de l'hôpital au mois de mars 1900 ne conservant qu'une fistule, mais avec un raccourcissement notable et une claudication marquée.

OBSERVATION V

(Cœurderoy. — Paris, Thèse 1900).

Albert S..., 6 ans, entre le 10 août 1899, salle Legendre, hôpital Trousseau.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts tuberculeux. Antécédents personnels, néant.

Histoire. — Le 31 juillet, l'enfant a un abcès dans la bouche et a présenté de la fièvre, des épistaxis et 3 jours après il lui fut impossible de se lever. A son entrée, on peut constater qu'il présente un état typhique grave; sa langue est sèche, il existe diarrhée abondante, l'adynamie est complète. Le membre inférieur gauche est fléchi et en rotation externe. La racine de la cuisse gauche, à sa partie antérieure et au dessous de l'arcade de Fallope est augmentée de volume. La peau présente une teinte livide œdémateuse.

A l'exploration, on détermine de la douleur au niveau de la tête fémorale dans le triangle de Scarpa. La palpation du grand trochanter et la diaphyse fémorale est indolore. De légers mouvements imprimés au membre inférieur ne paraissent pas déterminer de douleur; aussi

pense-t-on à une ostéomyélite de l'os iliaque à la région pubienne ou iliaque.

Opération le 11 août. — 1^{re} incision en dehors des vaisseaux sur le bord interne du couturier ; on trouve du pus au dessous de la couche musculaire du psoas. En dedans de ce muscle et des vaisseaux, 2^e incision qui draine complètement le foyer et permet d'explorer la face antérieure de la capsule articulaire qui semble ouverte au niveau de la bourse du psoas. Cette ouverture est agrandie, la curette pénètre difficilement dans le col fémoral très dur sans aucun point ramolli. L'exploration de l'os iliaque ne révèle aucun point osseux dénudé. On met un drain dans la poche sous le psoas. Après une faible remission le jour de l'opération, on observe le lendemain une aggravation considérable des phénomènes généraux.

Le 13 août, il existe à la région dorsale, le long des apophyses épineuses, un œdème bilatéral marqué surtout à gauche. Incision à 6 centimètres de la colonne, parallèlement à la ligne des apophyses épineuses. On trouve un tissu cellulaire infiltré de sérosité. Pas de dénudation osseuse. Fermeture de la plaie. L'examen du pus montre la présence du streptocoque. Mort le 15 août 1899.

Autopsie. — Tous les organes sont dans un état de putréfaction avancée. Congestion pulmonaire intense, rein blanc infectieux.

Le psoas est soulevé par collection purulente abondante. On pratique la section du psoas. On constate un point dénudé sur le flanc gauche de la 5^e vertèbre lombaire. Petite cavité remplie d'un pus jaune au niveau des 3 4 inférieurs de la fosse iliaque interne; périoste épaissi granuleux détruit par place. Au dessous os grisâtre, mais infiltré de pus, le bourrelet cotyloïdien est détruit complè-

tement. L'articulation est pleine de pus. Pas de lésion du cotyle, la tête fémorale ne présente pas de lésion extérieure. Il existe au niveau de la trépanation du col une cavité large comme une pièce de deux francs.

Le grand trochanter n'offre pas de lésions. La coupe du fémur suivant sa longueur montre au niveau du col un os très vasculaire avec de petits points jaunâtres. La tête fémorale est complètement détachée du reste de l'os.

OBSERVATION VI

Macnamara. — *Brit. Med. Journal*, July, 1887

Résumée par Cœurderoy. — Thèse Paris, 1909

Elle, âgée de 14 ans, entre à l'hôpital de Westminster, le 21 mars 1887.

Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé habituelle ; quelques jours avant son arrivée à l'hôpital elle ressentit à la hanche droite, en sautant un tas de poussière, une douleur peu intense qui disparut rapidement et ne l'empêcha pas de marcher le reste de la journée. La nuit, toutefois, elle souffrit beaucoup dans l'articulation coxo-fémorale ; la douleur continua le lendemain et la malade fut obligée de garder le lit. Elle avait une forte fièvre et en quelques jours il se produisit un énorme gonflement de toutes les parties molles avoisinant l'articulation. Le médecin ordonna son transport à l'hôpital ; à son arrivée, température de 40°5 ; délire violent, douleur très intense, fluctuation manifeste dans la région de la hanche. Une opération fut immédiatement décidée.

On ouvrit l'articulation au niveau du grand trochanter, une once de pus environ s'écoula de couleur jaune, renfermant quelques gouttes de graisse. Le doigt, introduit dans

la plaie, reconnut que le col était dénudé. On agrandit l'incision et on enleva la tête et le col en réséquant le fémur au dessus du grand trochanter.

Après l'opération, la douleur diminue considérablement et les autres symptômes s'améliorent de jour en jour.

La malade quitta l'hôpital le 14 mai complètement guérie et sans qu'il y ait eu ankylose de la hanche. Il est probable qu'avec une bottine spéciale la malade pourra marcher d'une façon parfaite.

Une coupe de la tête et du col du fémur montra que les tissus voisins du cartilage épiphysaire étaient pleins de suppuration. Le col du fémur était complètement privé de ses tissus mous.

OBSERVATION VII

(Lecomte. Thèse Paris 1894. Résumée par Guyot in *Revue de Chirurgie* 1904.)

Marie II..., 6 ans, coup de pied dans aine droite suivi les jours suivants de malaise général. Au bout de 20 jours attitude de flexion de la cuisse sans abduction ni adduction. La douleur n'existe qu'au voisinage de la partie interne de l'arcade de Fallope. Aspect général typhique, foyers secondaires successifs au coude gauche, puis au niveau de l'extrémité de l'humérus droit. Ces collections purulentes ouvertes renferment du pus à staphylocoques ainsi que deux autres foyers survenus à la clavicule gauche et au niveau de la quatrième côte. Pendant ce temps sont apparus circulation veineuse très nette, tuméfaction avec œdème des grandes lèvres, gros craquements articulaires. Incision transversale, parallèle de l'arcade. Ouverture d'une collection purulente,

puis de l'articulation ; lésions prédominant du côté de l'acetabulum. Tête fémorale réséquée. Mort. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII

(Poncet, résumée par Guyot,

X.... garçon de 14 ans. Vu trois mois après début aigu et fébrile des accidents traités jusque-là comme coxalgie. Enfant amaigri cachectique, s'alimentant mal, avec diarrhée. Localement douleur d'une violence exagérée empêchant exploration. Température rectale 19° 7. Incision postéro-externe passant par trajet fistuleux situé à la partie externe de la cuisse. La tête fémorale décapitée était complètement libre au fond de la cavité cotyloïde à la manière d'une noix sèche dans sa coque. Résection partielle du col qui forme un moignon à tissu raréfié et médullisé ; mort 3 jours après par septicémie.

OBSERVATION IX

(Koplick, résumée par Guyot)

F.... 2 semaines. Suppuration ombilicale. Arthrite suppurée du genou droit ; arthrotomie, puis résection des extrémités osseuses nécrosées ; arthrite coxo-fémorale gauche. Incision. Tête et col entièrement détruits : le grand trochanter nécrosé est enlevé. Ostéomyélite de la sixième côte avec abcès du médiastin simulant une péricardite ; incision. Mort 2 jours après. Ostéomyélite à streptocoques.

OBSERVATION X

(Demous, résumée par Guyot)

L..., Louis, 15 ans, puisatier, présente des signes pris pour du rhumatisme articulaire aigu de l'articulation coxo-fémorale droite. Douleur suraiguë permet la marche pendant 8 jours; au bout de ce temps accentuation des phénomènes attribués au rhumatisme et pour lesquels il entre à l'hôpital dans un service de médecine. Température élevée; état général alarmant. Le membre inférieur droit est en flexion avec abduction et rotation en dehors. A la racine du membre, on trouve du gonflement, de la rougeur, de la circulation veineuse collatérale. Fluctuation à la partie antéro-supérieure de la cuisse, au-dessous de l'arcade crurale. Pas de ganglions. Le maximum de douleur existe au niveau du grand trochanter. Incision de la collection purulente amène sédation momentanée des accidents. Deux jours après, la température s'élevant, on explore la région, on constate de gros craquements articulaires. Incision de Langenbeck; ouverture de la capsule qui renferme une quantité considérable de pus. Décollement de la tête qui est libre et nage dans pus. Guérison avec ankylose partielle et raccourcissement de 5 centimètres. Albuminurie persistante.

OBSERVATION XI

(Monnier, résumée par Guyot)

C., 15 ans, collégien; début brusque avec fièvre; soigné pendant un mois médicalement. Etat squelettique, escarres au sacrum; le col du fémur est dénudé, il existe de nombreux séquestres, on résèque 15 centimètres de fémur; intervention dure 3 heures. Guérison avec néarthrose coxo-fémorale laissant un raccourcissement de 10 centimètres; deux ans après, il persiste encore 4 fistules, un peu de raideur au genou. Malgré cela, le malade marche sans appareil ni béquilles.

OBSERVATION XII

(Piéchaud, *in* Revue mensuelle de Gynécol. obst. et pædiatrie. Avril 1903.

Résumée par Guyot).

Fillette de 13 ans, enfant un peu chétive; entre à l'hôpital des enfants avec gonflement douloureux de la cuisse droite et phénomènes généraux graves: fièvre, diarrhée, délire. Le début était survenu douze jours auparavant à la suite d'un faux pas. Attitude de flexion de la cuisse sur le bassin. Gonflement descend jusqu'au genou; œdème, pas de fluctuation. Résection de la tête fémorale: ouverture de deux collections purulentes. Guérison complète.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Acquaviva, chirurgien des hôpitaux de Marseille, chef des travaux pratiques d'anatomie à l'Ecole de Médecine)

Le nommé C... D., âgé de 13 ans, entré à notre clinique atteint d'ostéomyélite de la partie supérieure du fémur. Trajet fistuleux par où s'écoule du pus en assez grande quantité à six travers de doigts de l'articulation de la hanche face externe. La cuisse est à angle droit sur le bassin complètement ankylosée, puisque l'affection remonte à 7 ans. L'état général est bon et l'appareil pulmonaire est intact.

Le 1^{er} juin 1906, trépanation au niveau du trajet fistuleux, évidemment en rigole et extraction d'un séquestre de 8 centimètres de long à forme tubulaire.

Le 25 juin, nouvelle intervention ; on remonte jusqu'à l'articulation puisque le séquestre enlevé reproduit les formes du col et d'une partie de la tête du fémur. La suppuration diminue et le jeune garçon quitte la clinique le 15 décembre.

D'après les renseignements fournis par son médecin traitant, la fistule est à peu près tarie. Nous avons l'intention de pratiquer une ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger l'attitude vicieuse de la cuisse.

OBSERVATION XIV •

(Due à l'obligeance de M. le Dr Acquaviva)

Le nommé M... Louis, âgé de 12 ans, élève au Lycée, tombe malade le 5 octobre 1903. Les débuts de sa maladie

sont assez obscurs. Le jeune garçon accusait depuis deux mois environ une certaine fatigue dans les marches un peu longues. Quinze jours avant de se mettre au lit, au lieu de marcher comme d'habitude, il est obligé de prendre le tramway pour la moindre petite course. Aucune chute, aucun coup. Disons pourtant que ce jeune garçon fait de la bicyclette. Le 5 octobre, la douleur devenant plus forte, l'enfant s'alite. Durant une semaine environ son médecin traitant croit être en présence d'une fièvre typhoïde. Mais insensiblement les symptômes s'accroissent du côté de la hanche gauche. Nous voyons le jeune malade le 27 octobre. La température est à 38° 2, le pouls à 100. La hanche gauche est douloureuse à la pression, au niveau des vaisseaux et du grand trochanter. La hanche est globulaire, mais pas de rougeur, ni d'empâtement appréciable. Le membre inférieur est en légère abduction. L'impotence est complète et le moindre déplacement arrache des cris de douleur au malade.

Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille, le père est mort il y a quatre ans de fièvre typhoïde.

Pour calmer les douleurs, nous pratiquons l'extension continue.

Nous revoyons le jeune malade le lendemain. La température est à 39°. Les douleurs n'ont pas diminué. Nous posons le diagnostic d'ostéomyélite de la hanche et nous conseillons l'intervention sanglante ; celle-ci n'est tout d'abord pas acceptée par la famille. Au bout de 6 jours, la situation devenant plus grave, la mère consent à l'opération, qui est pratiquée avec l'aide de nos confrères Pieri, chirurgien des hôpitaux, Colonna d'Istria et Lena. Par l'incision de Farabeuf, nous tombons sur la capsule, qui est ouverte largement ; une petite quantité de pus « bouillon sale » surgit. Nous explorons la tête

qui est saine. A mesure que nous mobilisons la cuisse, le pus s'écoule. La tête est luxée et réséquée au ras de l'extrémité du col fémoral. A ce moment un flot de pus s'échappe. Nous explorons l'acétabulum, nous le trouvons rugueux et hérissé d'aspérités. A l'aide de la curette de Volkmann, nous extrayons six à sept fragments osseux de petite dimension. Le fond du cotyle est presque poreux et nous craignons à un moment donné de pénétrer dans la fosse iliaque interne. Lavage de l'articulation à l'eau phéniquée forte. La plaie est laissée largement ouverte et drainée à l'aide d'un gros tube en caoutchouc entouré de gazes aseptiques. L'extension de la jambe est faite à l'aide d'un poids de 1 kilo et demi.

Les suites opératoires sont bonnes. Trois mois après l'intervention, le jeune malade marche assez bien.

Nous venons de le voir il y a un mois dans un état satisfaisant.

L'ankylose est incomplète car la cuisse jouit d'une certaine amplitude dans les mouvements de flexion et d'extension. La marche se fait avec une légère claudication. Le jeune M. peut faire de la bicyclette sans aucun inconvénient. Son état général est parfait.

N. B. — L'examen du pus, fait par notre confrère et ami M. le docteur Engelhardt, chef du laboratoire de bactériologie, indique la présence unique du staphylocoque.

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance de M. le docteur Acquaviva)

Le jeune C... Eugène, âgé de 14 ans, élève à l'école pratique d'industrie, tombe malade le 1^{er} juin 1907. Son médecin traitant, un de nos collègues, chirurgien des

hôpitaux constate une légère élévation de température et des douleurs articulaires généralisées, mais à localisation plus intense dans la hanche gauche. Traitement des douleurs rhumatismales : salicylate de soude etc. La fièvre ne tombe pas et les douleurs continuent. Tout le mois de juin s'écoule avec des symptômes plus graves. Les premiers jours de juillet, le médecin traitant, devant la persistance des phénomènes énumérés plus haut, pense à la coxo-tuberculose et parle de la pose d'un appareil.

Sur ces entrefaites il s'absente et le jeune malade est vu par son remplaçant, M. le docteur Roussacroix, chef de clinique à l'école de médecine.

Dès les premiers jours, nous dit notre confrère, la situation change. La cuisse devient globuleuse et la déformation de la hanche s'opère à vue d'œil. Nous voyons le jeune malade le 15 juillet. La jambe est en abduction et en légère rotation externe. L'aspect « en gigot » caractéristique, température 38°5.

Le facies est pâle. L'enfant a considérablement maigri. Il a des sueurs abondantes.

La palpation de l'articulation est douloureuse et on sent un empâtement profond, léger. La peau n'est pas rouge. Mais la vascularisation veineuse est manifeste. L'auscultation des poumons est normale, pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Le jeune garçon accuse un coup sur la cuisse une quinzaine de jours avant de tomber malade. Deux mois auparavant, il a reçu dans un espace métacarpien de la main gauche une balle de revolver cycliste qu'on n'a pas pu extraire et que nous enlèverons facilement lors de l'intervention de la hanche.

Le doute n'est pas possible, nous avons affaire à une ostéomyélite de la hanche et l'intervention, étant acceptée par la famille, est pratiquée le lendemain.

Manuel opératoire de Farabeuf. La capsule est incisée, il s'échappe une petite quantité de pus « bouillon sale ». La tête est injectée. Sur certains points on constate une teinte violacée. La tête est luxée en dehors mais sa texture est tellement friable que la capsule se détache du col fémoral au moment où elle est saisie à l'aide du davier de Farabeuf. Sur la tranche nous trouvons des traînées purulentes en rayons de roue allant de la périphérie au centre.

Le col lui-même est longueux. Nous le faisons sauter avec la grosse cisaille. La cavité cotyloïde est explorée et curettée. L'acetabulum ne présente pas de séquestres. On laisse la plaie grande ouverte et drainée par de la gaze.

Dès les premiers jours la température tombe et l'état général devient meilleur. Dans les pansements on trouve toujours du pus ; la plaie superficielle a de la tendance à se fermer. C'est à ce moment-là, 25 jours après l'intervention, que la fièvre s'allume à nouveau pour osciller entre 39 et 40°. La cuisse est œdématiée. L'état général périclité, notre malade nous donne de graves inquiétudes. Il accuse de la douleur à la région interne de la hanche. L'exploration de la fosse iliaque interne et de la diaphyse fémorale ne révèle aucun point douloureux. Nous avons certainement affaire à de la rétention purulente.

Le 15 août, nouvelle intervention avec nos premiers aides docteur Rouslacroix, Condo di Satriano et Casalta. Section en coin du grand trochanter afin d'ouvrir une large brèche. Nous pénétrons dans une vaste poche.

À l'aide d'une longue pince à pansement nous effondrons cette poche et notre bistouri libère la peau à la hauteur de la tubérosité ischiatique. Nous passons un gros tube et la poche se vide bien.

Pour plus de sécurité nous trépanons, sur les instances

de notre ami le docteur Rouslacroix, la diaphyse fémorale à trois travers de doigt au-dessus du grand trochanter. Pas de pus. Les jours suivants la température, qui était tombée, remonta. La plaie diaphysaire s'était infectée par voisinage. Après des alternatives de bien ou de mal, notre jeune opéré rentre chez lui après un séjour de deux mois à notre clinique.

Petit à petit la température baisse et la plaie se ferme.

Actuellement, fin décembre, le jeune C. marche avec des béquilles. La plaie est cicatrisée.

Le pus, examiné par notre ami le Docteur Hawthorn, contenait du staphylocoque.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDIBERT. — De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au dessous de deux ans. (Gaz. hebd. Médecine et Chirurgie. 1894, p. 254).
- ALLARD. — Des rapports des accidents infectieux du nouveau-né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale. Leurs portes d'entrée. (Thèse, Paris, 1890).
- Ayala Rios. — Des portes d'entrée de l'ostéomyélite. (Thèse de Paris, 1886).
- ALBERT et KOLISKO. — Beiträge zur Kenntniss des Osteomyelitis. (Wien, 1896).
- D'ASTROS. — L'ostéomyélite chez l'enfant au-dessous de trois mois et ses conséquences possibles (Rev. Mal. enfance. 1901, p. 493).
- BRICON. — Le micrococcus de l'ostéomyélite aiguë et infectieuse. (Progrès Médical, Paris, 1884, p. 43 46).
- BRÜCA. — Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche. (Rev. Orthopédie, 1902, p. 257).
- De l'ostéomyélite de la hanche. (Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, Bordeaux, 1895).
- BARBARIN. — De l'ostéomyélite de la hanche. (Congrès de Gynécologie et d'Obstétrique, Bordeaux, 1895).
- BARDENHAUER. — Osteomyélite. (Arch. für Klin. Chir., Berlin, 1890-91, p. 553).
- BOZZI — Contributo all' eziologia dell' osteomyelitis acuta ippetiva. (Boll. d. r. Acad. med. di Genova, 1905, 111-123).
- BOECKEL (E.). — Du diagnostic et du traitement de l'ostéomyélite suppurée. (Gaz. Med., Strasbourg, 1876, p. 109 à 113).

- BOYLAND. — Practical notes on osteomyelitis therapy as allied to
ostitis. (Med. and Surg. Reporter. Phila., 1881, p. 63-66).
- BERNARD. — De l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du
fémur. (Thèse de Bordeaux, 1897).
- BRAQUEHAYE. — De l'ostéomyélite des enfants en bas âge. (Gaz.
hebd. de Médecine et de Chirurgie, 1895).
- COUDRAY. — Note sur un cas d'ostéomyélite aiguë intra-articulaire
du col du fémur. Arthrite purulente consécutive de la han-
che pyohémisée. (Bull. Soc. anat., Paris, 1887, p. 284).
- CHASSAIGNAC. — Traité pratique de la suppuration et du drainage
chirurgical.
- CAUBET. — L'ostéomyélite de la hanche, en particulier chez l'en-
fant. (Gazette des Hôpitaux de Paris, 1907, p. 195 et 231.
Revue générale).
- CHILDS. — The value of the X ray. in the early diagnosis of osteo-
myelitis. (Medical Brief. St-Louis, 1907, p. 105-109).
- CHIPAULT. — Ostéomyélite à streptocoques d'origine puerpérale.
(Bull. Soc. Anat., Paris, 1890, p. 281).
- CHAVANNAZ. — Ostéomyélite. (Gaz. hebd. Soc. Med., Bordeaux,
1892).
- COLLIN. — Recherches expérimentales sur l'ostéomyélite. (Bull.
Acad. Med., Paris, 1879, p. 683-90).
- CERNI. — De la résection précoce dans l'ostéomyélite des os longs
en voie de croissance avec suppuration de l'articulation
voisine. (Congr. Franc. Chirurgie 1885, Paris, 1886, p. 403-
418).
- CARDOT. — Etude clinique sur l'ostéomyélite de l'extrémité supé-
rieure du fémur. (Thèse, Paris, 1902).
- COEURDEROY. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de
l'extrémité supérieure du fémur. (Thèse de Paris, 1900).
- CHARÉZIEUX. — De l'ostéomyélite chez les jeunes enfants. (Thèse,
Bordeaux, 1896).
- Congrès de Gynécologie et de Pædiatrie*, Bordeaux, 1895. — De
l'ostéomyélite de la hanche.
- DEVEL. — Ostéomyelitis multiplex. (Protok. Zased. Kavkagsk. Med.
Obsh., Tiflis, 1885-86, p. 449-453).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, 2^{me} édition, Paris, 1897.
- DEMOUS. — De l'ostéomyélite de la hanche. (Congrès de Gynécologie,
d'Obstétrique et de Pædiatrie, Bordeaux, 1895).

DUCLAUX. — L'ostéomyélite de la hanche ; formes cliniques. (Thèse de Paris, 1904-1905).

DEMOULIN. — L'ostéomyélite chronique d'emblée (Thèse, Paris, 1888)

DELANGLADE. — Arthrites aiguës et ostéomyélites de la hanche. (Rev. d'Orthopédie, 1902, p. 257).

DUPIN. — Contribution à l'étude des ostéomyélites suraiguës. (Thèse de Bordeaux, 1897-98).

ELGART. — Ostéomyélite chez les nouveau-nés. (Wiener Medicinischen Wochenschrift, Berliner. 1901, n° 49).

FLEURY. — De l'ostéomyélite de l'os iliaque. (Thèse, Paris, 1886, n° 241).

GANGOLPHE. — Ostéomyélite du fémur. (Gaz. Hôpitaux, 1895, p. 1269).

E. GIRARD. — Quelques considérations sur l'ostéomyélite de la hanche. (Thèse de Paris, 1892-93).

GUYOT. — Ostéomyélites aiguës de l'extrémité supérieure du fémur. (Revue de Chirurgie, 1904, p. 71 et 628).

GIRALDÈS. — Maladies chirurgicales des enfants.

HOLMÈS. — Maladies chirurgicales des enfants. (Paris, 1870).

HAAGA. — Beiträge zur statistik des akut spont. Osteomyelitis der lang, Kochren-Knock. (Beiträge z. Klin. Chir., Berl., 1889).

HUTAN. — Arthrites aiguës des nouveau-nés. (Thèse de Paris, 1905).

JOÜON. — Les formes graves de l'ostéomyélite aiguë (Gaz. med. de Nantes, 1906, p. 781-790).

KIRMISSON. — Ostéomyélite de la hanche et luxation consécutives. (Semaine médicale, 16 octobre 1907).

KRAUSE. — Ostéomyélite. (Arch. für Klin. Chir., 1889, p. 477).

KÖNIG. — L'ostéomyélite aiguë de la hanche chez les jeunes enfants.

KOPLICK and VON ARSDALE. — Osteomyelitis. (Americ. Journal of the Medical Sciences, 1892, p. 426).

LANNELONGUE. — De l'ostéomyélite de la hanche. (Congrès de Gynécol., d'Obst. et de Pædiatrie, Bordeaux, 1895).

— De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance. (In-8, Thèse, Paris, 1879, observ. XXII, p. 163).

LOENILLET. — Des suites de l'ostéomyélite. (Thèse de Nancy, 1887).

LE FORT. — Coxalgie aiguë. (Bull. de la Soc. Chirurg., Paris, 1880, p. 10).

- LEMPE. — Osteomyelitis of the femur. (Albany med. ann., 1906, p. 469 à 489).
- MAUCLAIRE. — Traitement de l'ostéomyélite. (Semaine médicale, 6 nov. 1907, p. 130).
- MACNAMARA. — Osteomyelitis. (British Medical Journal, 1887, p. 13 et 1888, p. 76).
- MONNIER. — Ostéite juxta-épiphysaire du col du fémur. Arthrite purulente consécutive ; mort par broncho-pneumonie infectieuse. (Bull. de la Société anatom. de Paris, 1892, p. 249).
- MULLER. — Les ostéomyélites aiguës au voisinage des articulations. (Zeitschrift für Chirur., 1884-1885, tome XXI, p. 455).
- MAUNY. — Ostéomyélite de l'os iliaque. Fracture spontanée de la cavité cotyloïde. Mort par septicémie. (Bull. de la Société anatom. de Paris, 1890, p. 508).
- MONTPROFIT. — Ostéomyélite primitive coxo-fémorale. (Bull. de la Société anat., Paris, 1887, p. 25).
- MENCIÈRE. — Ostéomyélite chronique d'emblée. (Gaz. hebd. de Médecine et Chirurgie, Paris, 1901, p. 793).
- MOULONGUET. — Considérations sur l'avenir et le traitement des ostéomyélites. (Archiv. provinc. de Chirurgie de Paris, 1906, p. 116-123).
- MARTINÉ. — Réflexions sur quelques cas d'arthrites aiguës des enfants. (Thèse de Paris, 1898).
- NOVÉ-JOSSERAND. — Variété particulière d'une ostéo-arthrite de la hanche chez les enfants. (Revue des maladies de l'enfance, Paris, 1902, p. 37).
- OLLIER. — De la résection de la hanche dans les diverses formes d'arthrites et d'ostéo-arthrites coxo-fémorales. (Traité des résections, t. III, p. 54).
- OWEN. — Arthrites suppurées aiguës de la hanche. (Société de Med. et de Chir. de Londres, 1898).
- PAUL. — L'ostéomyélite aiguë des vieillards. (Thèse de Lyon, 1896).
- PASQUIER. — Ostéomyélite du fémur chez l'adulte. (Thèse de Paris, 1897).
- RENAUD. — Ostéomyélite des nourrissons. (Thèse de Paris, 1903).
- ROGER-GARNIER. — Ostéo-arthropathies méta-traumatiques. (Presse médicale, 1903, p. 837).

SILCOCK. — Un cas d'ostéomyélite des deux extrémités du fémur.
(British Med. Journal, London, 1892, t. I, p. 311.)

TOUSSAINT. — Sur le traitement de l'ostéomyélite. (Bull. et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 6 août 1907, p. 908.)

WEITZEL. — Des ostéites du pubis et de leurs rapports avec la coxalgie (Thèse de Lyon, 1899).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 23 janvier 1908.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 23 janvier 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
